



# Información del Seguro de Salud del Empleador

Date Received
---------------

Case #: \_\_\_\_\_

- Este formulario debe ser completado por su empleador o el representante de Recursos Humanos de su empresa. Los espacios sin llenar en este formulario pueden demorar el proceso.
- Este formulario debe ser completado por cada miembro empleado del núcleo familiar

## 1 Información General

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ EIN: \_\_\_\_\_

- Sí  No A. ¿Su empresa ofrece seguro de salud? Si la respuesta es no, pasar a la sección 4. Firme y regrese el formulario.
- Sí  No B. ¿El empleado puede anotarse en cualquier plan de seguro que se ofrezca?  
Si la respuesta es no, por favor explique: \_\_\_\_\_  
¿Si la respuesta es sí, cuando es/fue elegible el empleado? (mes/ día/ año) \_\_\_\_\_
- Sí  No C. ¿El empleado (o algún miembro familiar) está anotado en algún plan de seguros?  
Si la respuesta es sí, por favor detalle los nombres de las personas anotadas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí  No D. ¿Este empleado o algún miembro de su núcleo familiar canceló/ cambió la cobertura en los últimos seis meses? Si la respuesta es sí, nombre(s): \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿cuándo terminó/ cambió la cobertura? (mes/día/año) \_\_\_\_\_

## 2 Plan Menos Costoso

Para las preguntas a continuación, por favor otorgue información sobre el plan **menos costoso** ofrecido.

- Sí  No A. ¿El empleado debe anotarse para poder agregar dependiente(s)?
- B. Fecha en que el empleado puede anotarse para recibir seguro (mes-día-año): \_\_\_\_\_
- C. Próxima fecha de inscripción abierta, si es aplicable (mes-día-año): \_\_\_\_\_
- D. Por favor complete la tabla a continuación sobre el costo mensual del seguro médico. **No** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$ _____	\$ _____
Empleado + cónyuge	\$ _____	_____
Empleado + niño	\$ _____	_____
Familia	\$ _____	_____

- E. Favor de llenar el deducible anual de su plan de salud (no los costos de su bolsillo o los deducibles del hospital).  
monto individual \$ \_\_\_\_\_ monto familiar \$ \_\_\_\_\_
- Sí  No F. ¿Paga el plan para algún servicio (el médico, la farmacia, etc.) antes de pagar el deducible arriba?

(continuar)



**3**

**Elección de Seguro de Salud del Empleado**

Las siguientes preguntas se refieren al plan elegido por el empleado. Las preguntas B-G hacen referencia a los beneficios "en la red".

- A. Nombre de la compañía y el plan de seguros: \_\_\_\_\_
- Sí  No B. ¿El deducible es \$1000 o menos por persona?
- Sí  No C. ¿El plan paga por al menos el 70% de la estadía de un paciente con internación (después del deducible)?
- Sí  No D. ¿El beneficio de vida máximo es de \$1,000,000 o más?
- E. ¿Qué beneficios están cubiertos con este plan (elijá todos los que están cubiertos)?
  - Visitas al doctor       Servicios de internación       Farmacia/Recetas médicas
  - Exámenes para niños       Vacunas para niños
- F. Complete la tabla solamente si difiere con el cuadro en la primera página (sección 2). **No** incluya el costo de cobertura dental, de visión, u otras, si está separado.

Costo Mensual		
	Parte del Empleado	Parte de la Compañía
Empleado	\$	\$
Empleado + cónyuge	\$	
Empleado + niño	\$	
Familia	\$	

- Sí  No G. ¿Los hijos del empleado están anotados actualmente o serán anotados en el plan dental de su compañía? Si la respuesta es sí, nombre(s): \_\_\_\_\_

**4**

**Firma**

Certifico que soy un representante del Departamento de Recursos Humanos, o que soy el representante del seguro médico. En mi conocimiento, la información en este formulario es veraz y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (escriba su nombre por favor) \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Envíe este formulario completo a:

DWS/CIU  
 PO Box 143245  
 SLC, UT 84114-3245  
 Fax: 801-526-9500